



# Mẫu ghi tên

## Sign-up form

để chọn chương trình y tế hoặc  
chọn trả lệ phí cho từng dịch vụ

SỐ HỒ SƠ
TÊN THÂN CHỦ
ĐỊA CHỈ THÂN CHỦ
THÀNH PHỐ TiỂU BANG KHU BUU CHÍNH

### 1. Chọn chương trình y tế. Xin dùng mẫu này để chọn một chương trình y tế hoặc chọn trả lệ phí cho từng dịch vụ.

- Xin đọc tờ tin tức màu xanh trong tập tài liệu này để hiểu thêm về những khác biệt giữa việc săn sóc được quản trị và việc trả lệ phí cho từng dịch vụ. Tin tức được ghi nơi mặt trước và mặt sau của tờ màu xanh.
- Xin đọc tờ tin tức màu lục trong tập tài liệu này để hiểu thêm về chương trình y tế trong khu vực của quý vị. Có thể có nhiều hơn một chương trình. Có thể có nhiều hơn một tờ tin tức màu lục.
- Mỗi tờ tin tức có các số điện thoại để gọi khi quý vị có điều gì thắc mắc.
- Nếu quý vị muốn chọn một chương trình y tế và có một số bác sĩ quý vị muốn dùng, hãy gọi họ để xem họ có ở trong một chương trình y tế nào của Healthy Options không. Khi quý vị đã ở trong một chương trình y tế, quý vị phải dùng những bác sĩ thuộc chương trình đó mà thôi. Quý vị có thể yêu cầu chọn các bác sĩ quý vị muốn nơi mặt sau mẫu này.
- Nếu quý vị chọn trả lệ phí cho dịch vụ và có một số bác sĩ quý vị muốn dùng, hãy gọi họ để xem họ có nhận thẻ y tế của quý vị không và gởi hóa đơn săn sóc y tế cho cơ quan Medical Assistance. Nhiều bác sĩ không nhận việc trả lệ phí cho từng dịch vụ. Nếu quý vị chọn trả lệ phí cho từng dịch vụ, quý vị không cần điền Số 3 nơi mặt sau mẫu này.

Đánh dấu vào một ô cho biết quý vị muốn như thế nào về việc săn sóc y tế cho quý vị và cho những người khác có tên trên thẻ y tế của quý vị:

Chương Trình Y Tế \_\_\_\_\_

Trả lệ phí cho từng dịch vụ

Viết tên chương trình y tế

(Nhìn tờ màu lục trong tập tài liệu này để biết tên chương trình y tế)

### 2. Có ai liệt kê trên thẻ y tế của quý vị đang mang thai không?

Quý vị, hoặc có ai có tên trên thẻ y tế của quý vị, đang mang thai không?

Không

Có →

Ai có thai? *Tên:* \_\_\_\_\_ *Ngày dự trù sanh:* \_\_\_\_\_

Bác sĩ hoặc nhân viên y tế nào đã khám thai cho bà ấy?

*Tên bác sĩ:* \_\_\_\_\_ *Điện thoại văn phòng:* \_\_\_\_\_



**3.** Nếu quý vị chọn một chương trình y tế cho việc săn sóc y tế của quý vị, quý vị sẽ đến một bác sĩ trong chương trình này trong hầu hết hay tất cả việc săn sóc của quý vị. Người này được gọi là PCP của quý vị, đó là chữ viết tắt của Primary Care Provider (Nơi Săn Sóc Chính). PCP của quý vị có thể là bác sĩ, y tá hành nghề, hay phụ tá y sĩ.

Nếu quý vị chọn một chương trình y tế, quý vị và mỗi người có tên trên thẻ y tế của quý vị có thể xin các bác sĩ mà quý vị muốn dùng như là PCP. Nếu quý vị có bác sĩ mà quý vị muốn dùng như là PCP, và quý vị biết các bác sĩ này ở trong chương trình quý vị đã chọn, viết tên của họ dưới đây.

**Chương trình y tế sẽ cho quý vị biết quý vị có được chấp thuận về PCP ghi dưới đây hay không.**  
Nếu quý vị không ghi tên của bất cứ PCP nào trên mẫu này, chương trình y tế sẽ giúp quý vị tìm một PCP sau khi quý vị ghi tên.

<b>Tên của người trên <u>thẻ y tế của quý vị</u></b>	<b>Quý vị muốn chọn bác sĩ nào làm PCP cho người này?</b> (Tất cả bác sĩ mà quý vị liệt kê như là PCP phải có tên trong chương trình y tế - Nếu quý vị không chắc chắn, hãy gọi các bác sĩ đó để xem họ có tên trong chương trình y tế mà quý vị muốn không.)	
<i>Tên của PCP:</i>	<i>Điện thoại văn phòng:</i>	
<i>Tên của PCP:</i>	<i>Điện thoại văn phòng:</i>	
<i>Tên của PCP:</i>	<i>Điện thoại văn phòng:</i>	
<i>Tên của PCP:</i>	<i>Điện thoại văn phòng:</i>	
<i>Tên của PCP:</i>	<i>Điện thoại văn phòng:</i>	
Nếu có người nào khác ghi trên thẻ y tế của quý vị và tên của họ không được in ra nơi đây, xin viết tên của họ và PCP nào họ muốn dùng trên một tờ giấy riêng biệt.		

**4. Trẻ em với nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.**

Về các trẻ có tên trên thẻ y tế của quý vị, có trẻ nào có tình trạng sức khỏe đặc biệt hoặc chậm phát triển hay không?

Không

Có —→ Xin ghi tên (các) trẻ và tình trạng sức khỏe đặc biệt:

\_\_\_\_\_

**5. Gởi mẫu ghi tên này.** Khi quý vị đã điền xong cả hai mặt của mẫu này, xin gởi trả lại chúng tôi trong bao thư hồi đáp có sẵn trong tập tài liệu này (không cần dán tem). Nếu bao thư bị mất, gởi mẫu này về: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.